

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.

Provenance de la demande

☐ Hospitalisée ☐ Urgence ☐ Externe

Mobilité

☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant

Lieu de l'examen

☐ Première disponibilité
☐ HEJ ☐ HSFA ☐ HDQ ☐ CHUL

Précautions additionnelles:

☐ Non ☐ Contact ☐ Gouttelettes/contact ☐ Contact renforcées ☐ Aériennes
☐ Autres : _____

Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE): ☐ A (0-3 jours) ☐ B (4-10 jours) ☐ C (11-28 jours) ☐ D (moins de 3 mois)

☐ Contrôle (aaaa/mm/jj): _____

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S): _____

INDICATION(S) CLINIQUE(S): _____

Hypersensibilisé à un agent de contraste iodé ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser le type de réaction?

(Voir préparation au verso)

Médication(s) :

Anticoagulant :

☐ Non ☐ Oui/lequel : _____

Antiplaquettaire/AAS :

☐ Non ☐ Oui/lequel : _____

Allergie à l'héparine (TIH/HIT) :

☐ Non ☐ Oui

Autre(s) allergie(s): ☐ Non ☐ Oui

Si oui, spécifier : _____

Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque NIACI présent

☐ Aucun facteur de risque présent confirmé par: _____ (initiales obligatoires)

Usager AMBULATOIRE

☐ Maladie rénale
☐ Porteur de greffon rénal
☐ Si recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales

Usager secteur URGENCE ou HOSPITALISÉ

☐ 70 ans et plus
☐ Chimiothérapie (cancer actif en cours de traitement ou traitement dans les 6 dernières semaines)
☐ Diabète
☐ Maladie cardiaque
☐ Maladie rénale, porteur de greffon rénal, si recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales

Résultat de la DFG(e) ou créatininémie

Créatininémie : _____ mmol/l DFG(e) : _____ ml/min/1.73 m²

Date(aaaa/mm/jj) : ____/____/____

(Usager AMBULATOIRE valide dans le dernier 6 mois)

(Usager URG ou HOSPI valide dans les derniers 7 jours)

☐ Si non disponible, créatininémie prescrite pour l'examen

LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.

MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

CC : _____ Heure (hh:mm) : _____ : _____

À TITRE INFORMATIF

1. Préparation pour les allergies aux agents de contraste iodé (Adulte)

IMPORTANT : si doute d'allergie sévère antérieure ou choc anaphylactique, consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation

Préparation non-urgente	Préparation semi-urgente	Préparation urgente
<ul style="list-style-type: none"> • Prednisone 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen. • Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 50mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen. 	<p>(entre 13 h et 4 h avant l'examen) ou si aucun médicament par voie orale possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthylprednisolone (SoluMEDROL^{MD}) 40 mg IV 4 heures avant la procédure X 1 dose <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 50 mg IV 1 heure avant la procédure 	<p>(moins de 4 heures avant l'examen)</p> <p>***Consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 50 mg IV 1 heure avant l'examen <p><small>*Corticostéroïde non recommandé pour cette situation</small></p>

2. Protocole de prévention de la néphropathie induite par un agent de contraste iodé (NIACI) (Adulte)

Usager ambulatoire avec DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m ²	Usager hospitalisé ou de l'urgence avec DFG(e) supérieur à 30 et inférieur ou égal à 60 ml/min/1,73 m ²
<p><i>Le radiologiste et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ; Prise en charge au CHU de Québec-UL.</i></p> <p>Au médecin requérant ou à la pharmacie communautaire, il est recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cesser la metFORMINE (contre-indiquée à <30 ml/min) ○ Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrynique) et métolazone le jour de l'examen ○ Contrôle de la créatinine : prélèvement 5 jours post-examen. Le patient se présente avec son ordonnance au centre de prélèvement de son choix. 	<p>Usager hospitalisé avec DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m²</p> <p><i>Le radiologiste et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ;</i></p> <p>Remplir l'ordonnance pré-imprimée afin d'entamer la conduite recommandée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydratation intraveineuse (sur l'ordonnance pré-imprimée): <ul style="list-style-type: none"> ○ NaCl 0,9% : 3 ml/kg/heure pour 1 heure pré-examen (maximum : 300 ml); puis 1,5 ml/kg/heure pour 4 heures post-examen (maximum 150 ml/heure) suivant le retour de l'usager à l'unité de soins après l'examen. ○ Cesser la metFORMINE le jour de l'examen. Reprise à évaluer par médecin traitant (contre-indiquée à <30 ml/min). ○ Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrynique) et ou métolazone le jour de l'examen. ○ Contrôle de la créatinine : prélèvement 48 heures post-examen.